UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 93

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

COXALGIE HYSTÉRIQUE

(MALADIE DE BRODIE)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 18 Juillet 1922

PAR

Jean VEZOLLES

Né à Florac (Lozère), le 4 novembre 1887

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse	FORGUE, professeur, *Président*	
	ESTOR, professeur.	
	RIMBAUD, agrégé.	*Assesseurs.*
	ETIENNE, agrégé.	

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1922

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

COXALGIE HYSTÉRIQUE

(MALADIE DE BRODIE)

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 93

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

COXALGIE HYSTÉRIQUE

(MALADIE DE BRODIE)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 18 Juillet 1922

PAR

Jean VEZOLLES

Né à Florac (Lozère), le 4 novembre 1887

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse	FORGUE, professeur, *Président.*	
	ESTOR, professeur.	
	RIMBAUD, agrégé.	*Assesseurs.*
	ETIENNE, agrégé.	

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1922

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

Hommage respectueux et reconnaissant.

A MON JURY DE THÈSE

A TOUS MES MAITRES
A LA FACULTÉ ET DANS LES HOPITAUX

J. VEZOLLES.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

COXALGIE HYSTÉRIQUE

(MALADIE DE BRODIE)

INTRODUCTION

L'hystérie, qui, suivant l'expression classique, est la grande simulatrice en pathologie, se manifeste parfois sous l'aspect d'une véritable coxalgie dont le diagnostic peut être fort difficile, bien qu'en général on arrive assez aisément à dépister la névrose. Mais le tableau clinique peut à ce point rappeler celui de la coxalgie vraie, qu'il est alors nécessaire d'avoir recours à tous les renseignements susceptibles d'être fournis par une exploration soignée.

Il n'est donc pas inutile de décrire la coxalgie hystérique — encore connue sous le nom de maladie de Brodie — et qu'une observation recueillie dans le service de M. le professeur Forgue illustrera de façon particulière.

SYMPTOMATOLOGIE

Comme le dit Fenolhac, la coxalgie hystérique ne constitue pas un tout immuable, avec des symptômes bien déterminés, invariables. Bien au contraire, c'est une affection qui n'a d'autre règle que la fantaisie du malade et qui varie avec chaque individu. Cependant les différents symptômes rencontrés et étudiés analytiquement, peuvent servir de base à une étude d'ensemble de la coxalgie hystérique.

I. — HISTOIRE DE LA MALADIE

Début. — Il est généralement brusque et d'emblée la claudication et les troubles atteignent leur maximum. Il n'y a donc pas cette marche progressive de la coxalgie vraie, ces douleurs d'abord de faible importance qui vont en augmentant et qui mettent quelquefois des mois pour atteindre leur complet développement. Non. Du jour au lendemain l'état est devenu pour ainsi dire alarmant, quelquefois sans cause, quelquefois consécutivement à un traumatisme hors de proportion avec les manifestations constatées.

C'est ainsi que ce traumatisme se retrouve dans notre observation, dans les observations I, II, VI de la thèse de Fenolhac.

Souvent l'apparition de la coxalgie hystérique suit immédiatement le traumatisme. Parfois, on constate « la période de méditation » sur laquelle Charcot avait appelé l'attention. On dirait suivant l'expression de Broca « que la nuit a porté conseil ». Cet intervalle entre la cause et l'effet a une grande valeur diagnostique.

Enfin ailleurs, sans cause apparente, on voit s'installer des troubles semblables à ceux qui suivent le traumatisme ou la chute. Témoin l'intéressante observation de Broca :

« Jusqu'à 10 ans, notre malade, dit-il, dont la marche avait toujours été des plus régulières, ne contracte que la rougeole et la coqueluche.

Un jour, en allant en classe, elle prétendit avoir été prise d'une forte douleur du genou gauche, malgré laquelle elle put se traîner jusqu'à l'école. La douleur persistant, on manda un médecin qui conseilla le repos, des frictions et un sirop dont nous ignorons la nature. Un mois plus tard, les douleurs cessaient, l'enfant reprenait sa vie accoutumée.

Pendant toute une année, elle ne ressentit plus son ancienne douleur qui, à nouveau revint, subitement, à l'école sans cause apparente, et s'augmenta d'une douleur du mollet. Douleur spontanée et continue, au dire de l'enfant, ne s'étant jamais aggravée durant cette période, ne se manifestant jamais *la nuit*, car la malade dormait admirablement, sans jamais proférer la moindre plainte, sans jamais se réveiller en sursaut.

Repos, friction au niveau de l'article et du mollet douloureux triomphèrent bientôt de ces phénomènes peu alarmants, semble-t-il.

Voici un an et demi, la fillette, devenue ouvrière, se plaignit assez rarement de son membre, à la suite de certaines fatigues.

En février dernier, à Paris, où elle vint habiter, la marche, prétend-elle, la gênait parfois, mais elle ne voulut pas (c'est toujours elle qui parle) le faire savoir à sa famille. Ce ne fut qu'en octobre qu'elle se décida à ne plus cacher ses misères et qu'elle s'arrêta, cette fois définitivement. Un médecin lui prescrivit le repos, des fortifiants; le tout sans résultat, car les phénomènes douloureux allèrent s'accentuant; le membre prit une attitude vicieuse » (Broca).

Comme on le voit, le début de la coxalgie hystérique est variable et parfois, comme dans cette dernière observation de Broca, il peut rappeler le début de la coxalgie vraie, c'est alors qu'il faut pratiquer un examen des plus soigneux pour dépister la névrose et rechercher si dans l'entourage il n'y a pas quelque malade que le sujet imite et s'aider des signes physiques.

C'est qu'en effet bien souvent on apprend qu'un parent, un ami du sujet est immobilisé pour coxalgie. Une malade de Fenolhac avait une de ses cousines germaines soignée pour coxalgie et s'était suggestionnée au point de présenter une attitude semblable à celle de cette cousine. Mais cette imitation est toujours imparfaite. « La coxalgie hystérique de l'enfant, a dit Broca, est peut-être aussi variable dans ses manifestations parce que le temps a manqué aux sujets pour une éducation complète ».

Dès lors, l'examen méthodique du sujet va éclairer le diagnostic.

II. — EXAMEN DU MALADE DEBOUT

Ce qui frappe souvent de prime abord c'est l'allure particulière avec laquelle se présente le malade : les troubles de la marche sont beaucoup plus accusés qu'ils ne le

sont en général dans une coxalgie au début. Broca fut surpris par l'allure particulièrement théâtrale de sa malade. « Elle était soutenue sous les bras de deux personnes, dont son père, et malgré cela boitait outrageusement du membre inférieur gauche, se plaignait de souffrir horriblement du genou. Elle paraissait craindre atrocement d'appuyer le pied gauche sur le sol, escamotait le pas de ce côté et retombait lourdement sur le pied droit. Traînée (c'est le mot) jusqu'à nous, elle prétendit être absolument incapable de se tenir debout ». De même, notre malade refusait obstinément de se tenir debout. Dès qu'on voulait la mettre sur ses pieds elle tombait lourdement en accusant une souffrance intense dans son membre en position vicieuse, refusant d'appuyer sur le membre sain sans que son facies exprimat cependant une sensation de particulière douleur.

Mais l'examen debout n'est pas toujours aussi négatif. *Dans l'immobilité,* la position peut être celle de la coxalgie vraie : flexion, abduction, pied en équinisme, ou flexion et adduction, l'appui se faisant sur le membre sain et impossibilité de rapprocher les deux pieds. Détourne-t-on l'attention du sujet, on rapproche sans peine les talons l'un contre l'autre. Ceci est déjà un signe de présomption en faveur de la nature névrosique de l'affection.

Dans la marche. — Elle ne peut s'effectuer qu'avec des points d'appui, et parfois ne se différencie en rien de la démarche coxalgique vraie, avec signe du maquignon, appui inégal des deux pieds, défaut de flexion du membre malade. Mais, à vrai dire, on trouve souvent quelque manifestation qui met sur la voie de la névrose. Ce n'est pas une claudication qui se révèle, c'est un véritable plongeon, menaçant la malade de chute, dans le cas de Fenolhac.

De plus, au lieu de prendre appui sur son membre sain en se retenant, ce qui devrait se faire normalement, c'est sur la jambe gauche malade qu'elle retombe, c'est elle qui frappe le plus fortement le parquet : c'est le signe du maquignon à l'envers.

La malade de Broca, invitée à marcher seule, sans soutien, déclare que la chose lui est impossible. « Autorisons-là à progresser en s'appuyant le long de la table d'examen. Quelle terreur, quelles grimaces, quelles manifestations de douleur, quand elle tente d'avancer ! Même en se tenant désespérément à la table, elle saute plus qu'elle ne marche, appuyant à peine sur le pied gauche et se lançant sur le droit, en accusant une vive douleur au genou. Et quand je lui demande pourquoi elle boite de la sorte, elle me répond que le genou gauche est trop faible, qu'il fléchit malgré elle, dès qu'elle appuie sur le membre malade ».

Ce qu'il est d'autre part intéressant de noter, c'est la présence de ce que Broca appelle le *hancher indifférent*. Ordonne-t-on au malade de s'arrêter, il s'appuye indifféremment sur un pied ou sur l'autre ce qui n'a pas lieu dans la coxalgie vraie. Non seulement il y a hancher indifférent, mais départ indifférent au commandement.

Les renseignements fournis par l'examen debout doivent être complétés par la recherche de certains signes dans le décubitus.

III. — EXAMEN DU MALADE COUCHÉ

Il comprend :

L'examen de l'attitude vicieuse et des contractures qui la provoquent ;

L'examen de la douleur.

a) *Attitude vicieuse et contractures.* — Le malade étant placé en décubitus dorsal le membre malade se met en position vicieuse : flexion, abduction, rotation externe ou flexion, adduction, rotation interne. Toute tentative de correction est impossible et les deux membres ne peuvent pas être disposés symétriquement. Cependant cette hanche ankylosée va admirablement fonctionner si on ordonne le passage dans la position assise. Le genou se mobilisera parfaitement, malgré la fixité de l'articulation coxo-fémorale et si on fait ramasser un objet jeté à terre, le membre inférieur restera en extension, mais le bassin se mobilisera autour de la tête fémorale.

Si par des manœuvres persuasives on arrive à corriger l'attitude vicieuse, on notera que la cuisse s'étend sans provoquer de déplacement du bassin, sans provoquer de lordose lombaire de compensation. Bien plus, on peut exagérer la flexion de la cuisse sur le bassin, ce qui constitue la preuve évidente de l'intégrité de l'articulation coxo-fémorale.

Ces attitudes vicieuses, corrigibles ou non, sont sous la dépendance des contractures musculaires. Celles-ci ne suivent aucune règle précise, et comme le dit Gilles de la Tourette, aucune maladie organique n'est capable de produire une contracture aussi intense, s'accompagnant aussi souvent de troubles de la sensibilité. En outre, la contracture hystérique est excentrique, anarchique, qu'on nous permette cette expression. Ici, elle fixera d'emblée le membre en flexion, adduction, rotation interne ; là, la jambe est en extension sur la cuisse, le pied en équinisme, bloqué dans la mortaise, ailleurs la flexion de la cuisse est si prononcée que le malade prend une position en chien de fusil irréductible.

En général, la contracture hystérique est unilatérale, passagère, mais de façon inconstante.

b) *La douleur.* — Elle est excessivement variable. *Spontanée* elle est ou très minime, ou très exagérée, selon les exemples que les malades veulent imiter. Ce n'est pas la douleur sourde de la vraie coxalgie, et surtout il n'y a pas cette douleur nocturne, pénible, qui réveille le malade.

Provoquée, la douleur n'a pas ici de point d'élection. « La pression dénote l'existence de points douloureux, en quelque endroit que je l'exerce, disait Broca, aussi bien en avant qu'en arrière, aussi bien à la surface que dans la profondeur; mais l'intensité des souffrances n'est nullement en rapport avec celle de mes pressions successives; elle est aussi vive que je comprime la tête fémorale ou simplement les téguments; je ne relève même aucune localisation précoce. Mieux encore, avec un peu d'astuce, je réussis à ce que l'enfant se plaigne quand j'appuie sur le genou et ne dise rien quand je presse sur la tête fémorale. Il me suffit d'avoir l'air de compatir à la douleur que je vais provoquer ».

Les points nets, précis de la coxo-tuberculose n'existent pas ici et Brodie avait bien marqué ces caractères: « La douleur, disait-il, s'étend à tout le membre, le malade fait des grimaces, pousse quelquefois des cris si l'on exerce une pression sur la hanche, mais il le fait aussi, si l'on presse sur l'os coxal, la région lombaire, la cuisse et même la jambe ».

Charcot qui insistait aussi dans ses leçons sur les caractères de la douleur dans ces coxalgies hystériques, en indiquait la superficialité. Les cris du malade sont produits aussi bien par la palpation superficielle que profonde, ce qui ne saurait avoir lieu dans la coxalgie vraie.

Charcot délimitait même une zone d'hypersensibilité, de forme triangulaire « dont le sommet serait les racines des bourses ou le mont de Vénus et dont la base s'éloignerait de plus en plus parallèlement au pli de l'aine qu'elle a pour centre de direction, contournant la fesse, allant s'implanter sur le sacrum, empiétant quelquefois assez haut sur la région hypogastrique ».

D'ailleurs, il sera de bonne clinique, de répéter dans la même séance d'examen la recherche des points douloureux. Tel point douloureux une première fois, ne le sera pas ultérieurement; tel mouvement impossible d'abord, le sera ensuite, lorsqu'on aura détourné l'attention du malade.

En général on sera déjà édifié sur la nature hystérique de l'affection, par les signes précédemment décrits: *l'absence habituelle d'atrophie musculaire et d'adénopathie* viendra lever tous les doutes.

L'absence d'atrophie musculaire n'est cependant pas constante et on la retrouve dans de nombreuses observations. Elle est facilement explicable par la seule immobilisation à laquelle les malades se condamnent volontairement et l'on sait avec quelle rapidité les muscles de la cuisse s'atrophient sous des influences parfois minimes.

L'absence de l'adénopathie est, au contraire, en faveur nette de l'hystérie: c'est un signe précoce de la coxo-tuberculose.

Enfin, on ne négligera pas la recherche des stigmates hystériques, bien que cette recherche puisse être considérée comme le plus souvent superflue pour étayer un diagnostic solide.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est, ou très simple, ou très difficile. Très simple lorsque l'affection se présente dans sa forme typique, avec tout son cortège théâtral, ses douleurs exagérées, ses contractures bizarres et parfois mobiles, la démarche sans caractères; il peut, au contraire, être très difficile lorsque les manifestations hystériques sont réduites à la seule imitation de la vraie coxo-tuberculose.

L'examen devra alors être des plus méthodiques: recherche des points douloureux électifs, examen des mouvements de la hanche, atrophie, trauma au début de l'affection, peuvent simuler la tuberculose. L'apparition d'une contracture immédiatement après le traumatisme devra éveiller l'attention et acquiert une valeur assez considérable mais non constante en faveur de l'hystérie. On ne négligera pas le secours de la *chloroformisation et de la radiographie.*

Il semble en effet acquis par nombre d'auteurs, que la contracture hystérique disparaît sous l'influence du sommeil chloroformique. Gilles de la Tourette conseillait d'y recourir toujours et Plicque pense cependant que ce genre d'investigation n'est bon qu'à une phase avancée de la coxo-tuberculose. A ce moment, à vrai dire, le diagnostic ne présente guère de difficultés. Actuellement, on tend à enlever à cette épreuve beaucoup de sa valeur. Ollier avait

montré dès longtemps que les contractures de la coxalgie vraie au début cèdent au sommeil chloroformique, ce qui s'explique aisément si l'on songe qu'à cette période la contracture est réflexe et dépend de la douleur et de l'inflammation de la synoviale.

Quant à la *radiographie,* elle ne saurait avoir non plus de valeur absolue au moment où on lui demande d'éclairer le diagnostic. Au début de la coxalgie, les lésions osseuses sont si minimes que la radiographie peut fort bien ne pas les déceler. « Compter sur elles (les altérations radiographiques), dit Broca, c'est aller au devant de l'erreur de diagnostic ».

On pourra recourir à l'application de *l'extension continue,* qui redressera le membre hystérique, mais non le membre coxalgique à sa deuxième période.

Comme on le voit, le diagnostic peut être très difficile. « On doit savoir seulement ne se prononcer qu'avec une certaine réserve, surtout chez les enfants, toutes les fois que l'affection se présente sous une forme clinique anormale » (Ménard), et ceci est d'autant plus vrai que le praticien devra toujours avoir présente à l'esprit la possibilité d'une coxalgie chez un sujet hystérique. « Les symptômes relatifs à chacune des deux affections peuvent se combiner de manière à constituer un métis pathologique, plus fréquent qu'on ne le croit, dont l'histoire doit être bien connue du médecin » (Charcot). Derrière les stigmates hystériques, on décèlera alors les signes constants de la coxalgie vraie : douleur limitée sur la tête fémorale, adénopathie, atrophie musculaire.

TRAITEMENT

« A maladie psychique, traitement psychique. » C'est, à vrai dire, en ces quelques mots que se trouvent contenues les règles qui doivent guider le médecin dans le traitement de cette affection. L'influence que peut exercer le médecin sur le malade prend ici la première place. La persuasion par le raisonnement réussira quelquefois; mais l'ascendant qu'on devra prendre nécessitera souvent plus que des paroles simplement persuasives, et l'emploi de la force sera de mise sous certaines conditions, sous certaines réserves.

« Avant tout, dit Broca, vous vous garderez de consolider, dans l'esprit de votre malade, l'idée que ses troubles nécessitent un long traitement, et vous ne recourrez pas à une immobilisation dont les résultats seraient déplorables. Inspirer la confiance de l'hystérique par une persuasion qui sera d'autant plus efficace que vous aurez su lui en imposer, la convaincre de votre valeur, là est tout le secret de ces cures extra-rapides de troubles dynamiques, purement psychiques. La cure est souvent immédiatement complète, à l'hôpital comme dans les piscines des sanctuaires. »

OBSERVATION

(Recueillie dans le service de M. le Professeur Forgue)

Le 27 mai 1921 entre, salle Dubreuil, dans le service de clinique de M. le professeur Forgue, la nommée S. E..., âgée de 21 ans, sans profession. Sans antécédents personnels ou héréditaires, la malade nous apprend que, quelques jours auparavant, elle a été victime d'actes de brutalité de la part d'un jeune homme de 24 ans. (Elle paraît attacher une grande importance à l'âge de son agresseur.) Elle aurait reçu des coups de pied au niveau de l'articulation coxo-fémorale gauche, d'où gêne dans la marche.

Cet accident est suivi de crises nerveuses, débutant par une sensation de striction à l'épigastre, avec perte de connaissance consécutive. Il y aurait eu morsure de la langue, mais on n'en retrouve actuellement aucune trace.

A l'examen, on constate que le membre inférieur gauche est en extension complète. Il y a simplement de la raideur et les mouvements sont encore possibles dans l'articulation coxo-fémorale. La palpation superficielle est douloureuse. La palpation profonde ne révèle pas de point électivement douloureux. Cependant, la malade déclare ne pouvoir se tenir debout et demeure obstinément couchée.

Pour plus de sécurité, on fait effectuer une radiographie que ne révèle aucune lésion et, grâce à un traitement psychothérapique énergique, la faible raideur du membre inférieur disparaît et la malade rentre chez elle le 13 juin.

Elle ne fait qu'un court séjour dans sa famille, car bientôt elle est admise à l'hôpital Général pour crises (!) et gêne de la marche. Elle en sort le 29 août sans qu'une amélioration soit survenue dans son état, et le 4 décembre elle est de nouveau reçue dans le service de M. le professeur Forgue, où elle se présente avec la symptomatologie de la coxalgie à sa troisième période, avec le membre inférieur en adduction et rotation interne, le pied en équinisme et en varus. Elle nous montre une ecchymose qu'elle déclare consécutive au coup reçu en mai.

La palpation révèle la même douleur superficielle que lors du premier séjour de la malade, mais la contracture est cette fois très accusée. On ne peut fléchir la jambe sur la cuisse, on ne peut pas davantage fléchir la cuisse sur le bassin, et en soulevant le membre inférieur on entraîne la malade, raidie comme une planche. Cependant, le passage de la position couchée à la position assise se fait sans aucune difficulté et on peut se rendre ainsi parfaitement compte qu'il n'existe pas la moindre ankylose et que la colonne vertébrale est souple.

Au niveau du pied, contracture rebelle provoquant un varus équin.

Pas de douleur élective à la pression sur la tête fémorale ou sur le trochanter; pas d'adénopathie, pas d'atrophie musculaire.

La station debout est impossible. La malade perd immédiatement l'équilibre et tombe.

Par ailleurs, rien à signaler. Pas de douleurs nocturnes. Rien aux divers appareils.

On reprend le traitement psychothérapique énergique et, grâce à lui, on arrive en une séance à plier la jambe sur la cuisse, à rendre au pied sa mobilité, à faire disparaître la contracture.

Pour cela, la malade est placée dans la position assise, de telle sorte que la région poplitée réponde au bord du lit. Tandis qu'un aide immobilise le tronc et la cuisse, on appuie par ailleurs sur la jambe qui est en extension et sans contre-appui. Au début, la contracture peut résister à ces manœuvres de force, mais bientôt la flexion de la jambe s'effectue et le pied reprend sa mobilité articulaire. On allonge la malade et on mobilise énergiquement son articulation coxo-fémorale. Ces manœuvres s'accompagnent de manifestations de douleur exagérées, de pleurs et de cris qui sont bientôt calmés, tandis que la marche est devenue possible.

Notre sujet quitte le service quelques jours après en se contentant seulement de boiter.

CONCLUSIONS

I. — *La symptomatologie* de la coxalgie hystérique, décrite pour la première fois par Brodie, est essentiellement polymorphe. En général, elle se caractérise par un début brusque, avec ou sans cause apparente, mais parfois l'installation des symptômes peut être progressive et simuler mieux encore que la coxalgie vraie. L'examen portera sur le sujet debout, en marche et immobile et sur le sujet couché. On notera le hancher indifférent; la mise d'emblée en troisième position coxalgique, les contractures étendues, une douleur diffuse, superficielle, sans localisations spéciales comme celles de la coxalgie vraie. La mise en œuvre de certains procédés démontrera l'absence de lésions dans l'articulation coxo-fémorale. L'absence d'adénopathie est en faveur de l'hystérie.

II. — Le diagnostic se basera sur l'absence de signes coxalgiques vrais. Il pourra être facile dans les cas typiques où l'affection se présente avec tout un cortège vraiment théâtral. Mais le médecin ne saurait être trop prudent. La radiographie constitue un moyen de diagnostic différentiel qui, sans être absolu, ne doit pas être négligé. On devra penser à la possibilité de la coxalgie vraie chez un sujet hystérique.

III. — Le traitement sera purement psychique.

BIBLIOGRAPHIE

Axenfeld. — Traité des névroses.

Babonneix. — Traité des maladies des enfants (de Hutinel).

Bizolier. — Le diagnostic de la coxalgie au début par la radiographie.

Briquet. — Coxalgie hystérique.

Broca. — Coxalgie hystérique. *Presse médicale,* n° 69, 30 août 1911.

Brodie. — Varioris form of local hysterya affection, London.

Bonwell. — A treatise on diseases of the points, 1861.

Breton. — Coxalgie hystérique. *Rev. gén. de chir. et clin.,* Paris, 1897.

Calvé. — Difficultés de diagnostic de la coxalgie au début. *Presse médicale,* 1909, n° 14, 17 février.

Carner. — La radiographie de la hanche coxalgique. *Toulouse médical,* juillet 1912.

Coulson. — Hysterical affection of the hyp point. *London journal of med.,* 1851.

Crolay. — Thèse de médecine, Montpellier.

Charcot. — Leçons.

Dalayrac. — Quelques considérations sur l'examen clinique de la coxalgie au début. Thèse Paris, juin 1910.

Demarque. — A propos du diagnostic de la coxalgie. Un cas d'entorse coxo-fémorale. *Arch. médic. chir. de province,* t. V, n° 3, 15 mai 1910.

Farbont. — Coxalgie hystérique. *Revue int. de méd. et de chirurgie,* 1895.

Fazio. — De las contracturias hystérias. *Rev. de méd.,* 1889.

Fenolhac. — Coxalgie hystérique. *Th. Paris,* avril 1910.

Fenon. — Contract. hyst.; an anulation. *Bull. Soc. anat. et physiol.*

Gilles de la Tourette. — Traité de l'hystérie.

Giraldès. — Maladies chirurgicales des enfants.

Kirmisson. — Forme fruste ou anormale de la coxalgie. *Ac. de médecine de Paris,* 1911, 12 juill., p. 51-55.

Lafont. — Observation de coxalgie hystérique. Soc. des sc. médicales de la Côte-d'Or (Dijon), oct. 1912.

Lannelongue. — Coxalgie hystérique. Soc. de méd. de Bordeaux, 1886.

Launois. — Sur un cas de coxalgie. Soc. de méd. de Paris, 1895.

Laroussine. — Coxalgie hystérique. Soc. de méd. de Bordeaux.

Lencel. — Contribution au diagnostic de la coxalgie fruste à son début. Th. Paris, déc. 1912.

Shey. — Hysteria local on surgical forms of hystery, London, 1867.

Simfray. — De la forme fruste de la coxalgie. Th. de Paris, avril 1911.

Stern. — Le diagnostic de la coxalgie. *The cleveland medical journal,* t. VIII, n° 11, nov. 1909.

VERNEUIL. — *Progrès méd.*, 1859, et *Bulletin Soc. de chirurgie de Paris*, 1865.

VINCENT. — Etude critique sur la coxalgie et mise au point de quelques travaux sur le traitement. *Rev. de chir.*, n° 8, août 1911.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

Contribution à l'étude de la Coxalgie Hystérique. (Maladie de Brodie).

Par M. Jean Vezolles.

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 29 juin 1922.

Le Professeur,

FORGUES.

Vu :

Montpellier, le 30 juin 1922.

Le Doyen :

E. DERRIEN.

Vu et permis d'imprimer.

Montpellier, le 1er juillet 1922.

Le Recteur,

Jules COULET.